



XV COLÓQUIO INTERNACIONAL DE GESTÃO UNIVERSITÁRIA – CIGU

Desafios da Gestão Universitária no Século XXI

Mar del Plata – Argentina

2, 3 e 4 de dezembro de 2015

ISBN: 978-85-68618-01-1

A CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE DO SERVIÇO DE FARMÁCIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/UFSC:UM PROCESSO EM FORMAÇÃO

CARLA CRISTINA DUTRA BURIGO

UFSC

carla.burigo@ufsc.br

ISABEL MACHADO CANABARRO

UFSC

isacanabarro@yahoo.com.br

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo compreender como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia (SF) do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), a partir da visão dos seus gestores. Esta pesquisa caracteriza-se por um estudo de caso, de natureza qualitativa. A coleta das informações foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com os gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do SF/HU/UFSC. Os resultados da pesquisa apontam a existência de uma contradição, pois ao mesmo tempo que os gestores pontuam a formação como essência do processo de cultura de segurança do paciente, eles negam a existência desta cultura por falta de formação. A pesquisa realizada aponta que a formação e a gestão compreendem dois polos de sustentação para o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente que necessitam ser integrados com vistas a buscar possibilidades de ação para o fortalecimento da segurança do paciente no SF/HU/UFSC.

Palavras-chave: Cultura de Segurança do Paciente; Formação; Gestão Universitária; Farmacêutico

1. INTRODUÇÃO

A cultura de segurança do paciente é representada por valores, atitudes, e padrões de comportamentos individuais e coletivos que determinam o comprometimento de uma dada instituição com a saúde dos pacientes por ela assistidos¹.

No âmbito da farmácia hospitalar, a segurança do paciente pode ser garantida por meio da prática da atenção farmacêutica. Esta prática consiste na relação pessoal construída entre o farmacêutico e o usuário do medicamento, visando o seu uso racional, ou seja, à segurança do paciente².

Considerando o exposto, diante da prática profissional vivenciada por esta pesquisadora, no Serviço de Farmácia (SF) do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, Santa Catarina, a cultura de segurança do paciente está atrelada ao processo histórico de formação e de construção da identidade do profissional farmacêutico. Este processo estrutura-se por meio da formação instrumental e tecnicista, mas também por meio de reflexões emanadas a partir das experiências e aprendizagens vivenciadas.

Segundo Búrigo³, a formação consiste em um processo contínuo, em uma atividade educativa e social que se materializa por meio do pensar sobre uma realidade concreta e por meio da interação com o outro e com o meio onde o sujeito está inserido.

Diante do exposto, o objetivo geral do presente estudo consistiu em compreender como se constitui o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do SF/HU/UFSC, a partir da visão dos seus gestores.

Para tanto, delineou-se como objetivos específicos: descrever o processo de formação dos farmacêuticos lotados no Serviço de Farmácia/HU/UFSC; conhecer o processo de cultura de segurança do paciente do Serviço de Farmácia/HU/UFSC; e, propor ações para o fortalecimento do desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia HU/UFSC, como uma ação de gestão.

A fim de atingir os objetivos propostos, esta pesquisadora partiu do concreto sensível, ou seja, do que considerava mais próximo da sua realidade concreta: o Serviço de Farmácia HU/UFSC, a fim de conhecer o processo de formação dos farmacêuticos lotados neste Serviço, incluindo sua carreira acadêmica, suas experiências e aprendizagens vivenciadas com vistas à segurança do paciente. A seguir, buscou compreender como se desenvolve por meio de pressupostos teóricos e da legislação vigente, o processo de cultura de segurança do paciente deste Serviço. E, por fim, investigou a existência da Política Institucional visando à segurança do paciente. Após, retornou ao seu ponto de partida, buscando compreender o que esta pesquisa pôde lhe revelar.

2. CAMINHO TEÓRICO PERCORRIDO

2.1 O Serviço de Farmácia HU/UFSC

O Serviço de Farmácia HU/UFSC está subordinado à Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) do HU/UFSC, o qual compreende um Hospital Geral e tem por finalidade prestar assistência à saúde da comunidade de forma universalizada e igualitária, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

O Serviço de Farmácia HU/UFSC representa uma unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde são desenvolvidas as atividades relacionadas à assistência farmacêutica⁵. Também compreende uma Farmácia Escola, a qual tem por objetivo proporcionar ao estudante a vivência profissional por meio da prática farmacêutica⁶.

Este Serviço atende, diariamente, a demanda de medicamentos de cerca de 300 leitos de internação hospitalar. Ainda, presta orientações às equipes médica e de enfermagem quanto ao armazenamento, a conservação e a utilização de medicamentos e correlatos⁷. Entretanto, o Serviço de Farmácia HU/UFSC não está incorporado à estrutura física do HU, localizando-se em um bloco anexo ao prédio do Hospital, onde atuam 25 servidores da carreira técnica administrativa, sendo que 12 servidores são farmacêuticos⁸.

Dessa forma, o Serviço de Farmácia/HU/UFSC representa um vasto campo de ensino e de aprendizagem da prática farmacêutica hospitalar, constituindo-se também como um universo formador do farmacêutico.

Com relação ao processo de formação do farmacêutico no Brasil, primeiramente, situo a formação como um processo de construção e de revisão de valores que nega a formação essencialmente instrumental para se constituir em uma prática social mediada por relações sociais historicamente construídas³.

Neste contexto, com base em Cruz e Silva⁹ pode-se afirmar que o percurso histórico da formação farmacêutica compreende a construção da identidade e do papel social do farmacêutico frente às relações de força e poder que se desenvolveram ao longo deste processo. Este processo perpassa pela compreensão de duas concepções essenciais para a atuação profissional, que compreendem: a assistência e a atenção farmacêutica.

De acordo com Lorandi² a assistência farmacêutica representa todas as ações relacionadas ao medicamento, que englobam as atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento e dispensação de medicamentos, entre outras. Já a atenção farmacêutica consiste na relação pessoal construída entre o farmacêutico e o usuário do medicamento, embasada na utilização racional deste instrumento terapêutico. A promoção do uso racional do medicamento, caminha por um processo educativo desenvolvido entre o usuário, o farmacêutico e a equipe multidisciplinar de saúde, acerca dos riscos relacionados ao uso inadequado dos medicamentos, a fim de contribuir com a melhoria do nível de segurança dos pacientes.

Neste sentido, a Resolução nº 2/2002¹⁰ do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior, instituiu Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em farmácia, determinando que o processo de formação do profissional em farmácia deverá ser generalista, humanista, crítico e reflexivo, a fim de que o farmacêutico possa atuar em todos os níveis de atenção à saúde, baseado na precisão científica e intelectual.

Considerando esta reforma curricular, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por meio da Portaria nº 529/2013¹¹ traz a proposta de inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde nos níveis técnico, superior e de pós-graduação. Esta Portaria, também estimula a promoção de processos de educação permanente de gestores, profissionais e equipes de saúde em segurança do paciente.

No âmbito da formação, as ações do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Educação (MEC), representam ações concretas da política pública para os profissionais da área da saúde, voltada para a promoção da cultura de segurança do paciente em todos os níveis de assistência seja domiciliar, ambulatorial ou hospitalar.

Todavia, o desenvolvimento e a manutenção desta cultura como processo institucional dependem, essencialmente, da elaboração, da implantação e da frequente revisão de políticas públicas voltadas para a gestão e para a formação, visando a garantia da segurança do paciente.

2.2 A Cultura de Segurança do Paciente

As relações estabelecidas entre o profissional e o seu objeto de trabalho compreendem um reflexo consciente do seu processo de formação e das condições de trabalho a ele propiciadas¹². Estas relações são permeadas por culturas e subculturas que representam uma trama de valores históricos e socialmente construídos que, no mundo do trabalho, são diretamente influenciados por processos de gestão¹³.

Para Bauman¹⁴ a cultura consiste em um fenômeno social, uma identidade social permeada por inúmeros fatores, capaz de expressar como as ações individuais podem ter validade coletiva e como as múltiplas interações entre os sujeitos, ao longo da história, podem construir uma dada realidade. Neste contexto, a cultura compreende uma construção histórica, social, um processo coletivo da humanidade, ou seja, uma dimensão do processo social¹³.

Nada do que é cultural pode ser estático, permanente. Tendo isso em vista, a cultura como processo compreende uma realidade onde a mudança consiste como um aspecto essencial¹³.

No âmbito das instituições de saúde, a cultura de segurança do paciente compreende uma expressão da cultura como processo social. A cultura de segurança do paciente compreende os valores, as atitudes, as percepções, as competências e os padrões de comportamentos individuais e coletivos que determinam o compromisso, a competência e a forma como uma instituição de saúde atua para a promoção da segurança do paciente¹.

A preocupação com a cultura de segurança do paciente em nível mundial surgiu de forma mais intensa a partir da publicação do Relatório *“To err is human; building a safer health care system”* (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), desenvolvido no ano de 2000 pelo *Institute of Medicine* (IOM), nos Estados Unidos da América (EUA)¹⁵.

Este Relatório revelou a elevada frequência de erros cometidos durante a assistência hospitalar que provocaram sequelas irreversíveis e inúmeros óbitos nos EUA¹⁶.

Segundo Sammer (p. 157)¹, existem 7 (sete) subculturas que caracterizam a cultura de segurança do paciente em nível hospitalar, definidas como: “liderança, trabalho em equipe, comunicação, aprendizado por meio dos erros, cultura da justiça, cuidado centrado no paciente e prática baseada em evidências”.

Entre elas destacam-se as condições de trabalho e a formação do farmacêutico e dos demais membros da equipe de saúde, as quais são fundamentais, pois a prática do cuidado centrado no paciente e baseada em evidências científicas, confere maior nível de segurança ao paciente e aos profissionais de saúde que podem se basear em protocolos, *checklist* e guias padronizados para a tomada de decisões sobre a terapêutica dos pacientes¹.

Considerando o exposto, a cultura de segurança do paciente é composta por uma rede de procedimentos e de processos formativos desenvolvidos ao longo da história das instituições de saúde, que evidencia o comprometimento de cada instituição com a segurança dos pacientes por ela assistidos.

Assim, a cultura de segurança do paciente também compreende, na sua essência, um processo histórico-social que perpassa pelo processo de formação e de gestão dos sujeitos envolvidos no desenvolvimento desta cultura.

2.3 Política Pública de Segurança do Paciente

A política pública que vem sendo desenvolvida para a promoção da segurança do paciente no Brasil, reflete as ações promovidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em nível mundial.

Em 2001, a ANVISA criou o Projeto Hospitais Sentinela, visando estabelecer uma rede de referência entre os hospitais brasileiros, capaz de captar e fornecer dados sobre eventos adversos e queixas técnicas de produtos para a saúde¹⁷.

Outra iniciativa da ANVISA em favor da segurança do paciente foi a instituição da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e do Comitê de Segurança do Paciente (COSEP) nos hospitais desta rede, ambos de caráter permanente e multidisciplinar, que também contam com o farmacêutico para o desenvolvimento de suas ações¹⁸.

Neste contexto, com o objetivo de melhorar a segurança do paciente em nível global, a OMS apoiou a criação de uma aliança internacional para a segurança do paciente, durante a 57ª Assembleia Mundial da Saúde. Criada em outubro de 2004, a *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente)¹⁹.

Como reflexo do movimento mundial em favor da segurança do paciente, o MS publicou a Portaria nº 529/2013¹¹ instituindo o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do Território Nacional.

Neste contexto, a ANVISA publicou também a Resolução nº 36/2013²⁰ instituindo ações com vistas a segurança do paciente em serviços de saúde, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem atividades de ensino e pesquisa.

Diante da literatura investigada no presente estudo sobre o processo histórico de desenvolvimento de políticas públicas visando à garantia da segurança do paciente nos serviços de saúde em nível Nacional, é possível pontuar que o envolvimento dos Serviços de Farmácia Hospitalares, bem como a atuação do profissional farmacêutico são determinantes para o gerenciamento do risco inerente à utilização de medicamentos.

Diante do exposto, é possível afirmar que as políticas públicas determinam as políticas institucionais, por este fato é essencial o processo de gestão que delineie diretrizes concretas para a introdução e manutenção de práticas para o fortalecimento da cultura de segurança do paciente no Serviço de Farmácia do Hospital Universitário.

3. CAMINHO METODOLÓGICO PERCORRIDO

3.1 Caracterização da pesquisa

Esta pesquisa caracterizou-se por um estudo de caso, de natureza qualitativa e descritiva. Segundo Triviños²¹, “o estudo de caso é um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente”, tendo como fonte direta das informações, o ambiente natural, ou seja, o contexto real onde o fenômeno ocorre.

Este estudo também se constituiu em uma pesquisa bibliográfica e documental, a partir de materiais como, Portarias, Decretos, Resoluções, Relatórios entre outros documentos, como um dos elementos textuais que também subsidiaram o estudo.

3.2 População e amostra

Segundo Triviños²¹, na pesquisa qualitativa, a população é considerada uma referência, não sendo necessário delimitar com exatidão o tamanho da população, como se faz nas pesquisas quantitativas. Dessa forma, a amostra pode ser definida arbitrariamente, ou seja,

a critério do investigador, que busca obter tendências e ideias predominantes e não generalizar os resultados alcançados pelo seu estudo.

Diante do exposto, a amostra desta pesquisa incluiu os gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do SF/HU/UFSC, os quais compreenderam o Diretor Geral do HU/UFSC; o Diretor da Diretoria de Apoio Assistencial (DAA) do HU/UFSC; o Chefe do SF/HU/UFSC; o Chefe da Seção de Farmácia Semi-Industrial do SF/HU/UFSC; o Chefe da Seção de Estocagem e Distribuição de Medicamentos do SF/HU/UFSC e, o Coordenador da Segurança do Paciente do Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH) do HU/UFSC, o qual também é responsável pelo Comitê de Segurança do Paciente (COSEP), totalizando 6 (seis) sujeitos.

3.3 Coleta e análise das informações

O projeto deste estudo foi submetido à apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com as determinações da Resolução nº 466/2012²², do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado em 2 (dois) de dezembro de 2014, conforme Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa nº 895.569.

Aos sujeitos envolvidos nesta pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de que declarassem ciência sobre os objetivos do presente estudo.

A coleta das informações foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas. Para a elaboração do roteiro da entrevista semiestruturada e em observância aos objetivos inicialmente propostos, as categorias e os seus respectivos conteúdos básicos foram definidos conforme Quadro 01 - Categorias e Conteúdos Básicos.

A fim de analisar as informações coletadas, procedeu-se, primeiramente, à transcrição das entrevistas. Em seguida, foi realizada uma leitura detida do material transcrito, tendo como base o referencial teórico levantado. Após, selecionou-se as informações que poderiam ser quantificadas, como características pessoais e profissionais dos entrevistados. Posteriormente, procedeu-se ao agrupamento das falas transcritas de acordo com os conteúdos básicos pertencentes a cada uma das três categorias de análise. Por fim, fez-se uma leitura detalhada do referencial teórico levantado, o qual compôs cada categoria de análise, a fim de relacionar as falas dos entrevistados com os dados encontrados na literatura investigada.

A fim de proteger a identidade dos entrevistados e facilitar o processo de análise, os gestores foram codificados como: G 01 - Gestor 01; G 02 - Gestor 02; G 03 - Gestor 03; G 04 - Gestor 04; G 05 - Gestor 05; e G 06 – Gestor 06.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Sobre a categoria de análise Serviço de Farmácia HU/UFSC, foram propostas questões que objetivaram coletar informações, a fim de descrever a concepção de formação e o processo de formação dos farmacêuticos lotados neste Serviço

Neste contexto, os gestores entrevistados afirmaram que concebem a formação como um processo essencialmente instrumental, mas que também inclui todas as práticas que se vivencia ao longo da vida, conforme fala de um dos gestores. [...] *inicia na universidade [...] no próprio trabalho, [...] a experiência que você ganha faz parte da formação que eu acho que nunca acaba, é para a vida inteira (Gestor G 03).*

As falas dos gestores remetem à concepção de formação como um processo contínuo de construção e de revisão de valores, mediado por relações sociais historicamente construídas, de acordo com as concepções de Búrigo³. Ainda, reportam à concepção de

educação permanente, elucidada por Chauí²³, a qual determina que a educação é inerente ao processo de formação e, portanto ela só pode ser permanente.

Entretanto, ao serem questionados sobre o processo de formação dos farmacêuticos lotados no SF/HU/UFSC, visando à segurança do paciente, especificamente, parte dos gestores relatou que desconhece este processo ou que ele é deficiente ou inexistente, seguem as falas de dois gestores. *Na gestão a gente tem muito pouca oportunidade de vivenciar o cotidiano. Seria muito insipiente da minha parte estar falando como se dá a formação do farmacêutico, porque eu não estou dentro da farmácia (Gestor G 05). Eu acho que é deficiente [...] para falar a verdade não existe esta formação em segurança do paciente, [...] qual é o curso que é dado para ele em segurança do paciente, para ele se conscientizar disso? Nenhum (Gestor G 02).*

Este desconhecimento denuncia a existência de uma lacuna entre os processos de gestão e de formação. O distanciamento dos gestores entrevistados da realidade de trabalho dos farmacêuticos deste Serviço, assim como uma prática de gestão desvinculada da Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoal²⁴ revelam que estes gestores não sustentam o processo de formação em sua gestão.

Quanto à categoria de análise Cultura de Segurança do Paciente, as questões propostas visaram colher informações acerca da compreensão que os entrevistados possuem a respeito dos temas cultura e cultura de segurança do paciente, bem como visaram desvendar quais os desafios e as possibilidades de desenvolvimento desta cultura no SF/HU/UFSC.

Diante desta categoria, os gestores entrevistados concebem que a cultura de segurança do paciente compreende as atitudes, os valores e o conhecimento necessários para a prevenção de erros de medicação e, que o processo de desenvolvimento desta cultura no SF/HU/UFSC perpassa pela garantia de um bom nível de qualidade da assistência farmacêutica, assim como pelo processo de formação dos farmacêuticos deste Serviço, visando à segurança do paciente, segue fala de um dos gestores. *Quando se fala em cultura de segurança do paciente eu acho que é uma gama de conhecimento que você tem que pode proporcionar a segurança do paciente [...] o teu tempo de experiência, a formação, o interesse nessa área [...] (Gestor G 03).*

Neste contexto, as falas dos gestores assemelham-se à literatura investigada, onde, segundo Sammer¹, a cultura de segurança do paciente compreende os valores, as atitudes, as percepções, as competências e os padrões de comportamentos individuais e coletivos, bem como as condições de trabalho e o processo de formação dos profissionais, os quais determinam o compromisso de uma certa instituição de saúde com a segurança dos pacientes por ela assistidos.

Entretanto, esta concepção não se materializa na prática diária de gestão do SF/HU/UFSC, devido a carência de ações de capacitação envolvendo a temática da segurança do paciente, conforme relato dos entrevistados.

Porém, segundo a Portaria Normativa nº 17/2008²⁵ a participação do servidor público em ações de educação continuada, deve ser estimulada pelos gestores da Instituição a partir do levantamento das necessidades de capacitação apontadas pelos próprios servidores ou determinadas pelos dirigentes de órgãos administrativos ou acadêmicos da universidade, com base nas políticas públicas existentes.

No âmbito da segurança do paciente, a promoção do aprendizado Institucional consiste em uma estratégia a ser operacionalizada pelos gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente da própria Instituição⁸

Quanto aos desafios e possibilidades de desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente no SF/HU/UFSC, os gestores pontuaram a deficiência da oferta de cursos de capacitação sobre segurança do paciente; a localização deste Serviço fora da estrutura física do Hospital e, o distanciamento do profissional farmacêutico da equipe

multiprofissional de saúde, conforme fala de um dos gestores. [...] *Sobre desafios e possibilidades, primeiro tem que haver capacitações relacionadas à cultura de segurança do paciente. Um desafio é o farmacêutico estar cada vez mais inserido dentro do Hospital e não só isolado em uma Farmácia [...] (Gestor G 01).*

E, por fim, sobre a categoria Política Institucional de Segurança do Paciente, as questões propostas objetivaram compreender como o entrevistado concebe a Política Institucional de Segurança do Paciente do HU/UFSC e como esta Política pode contribuir para o processo de desenvolvimento da cultura de Segurança do Paciente no SF//HU/UFSC.

Os 6 (seis) gestores entrevistados afirmaram que desconhecem a existência de uma Política Institucional de Segurança do Paciente no HU/UFSC, conforme expressa a fala de um dos gestores. *Eu na verdade, não conheço. Normalmente as políticas são iniciadas por uma Portaria que vem e obriga... Então é um processo que entra sempre meio atravessado [...] Enfim, dizer que eu peguei este documento, que eu li este documento e no que é que ele impacta, não. Enquanto gestora não (Gestor G 05).*

Embora o NUVISAH tenha elaborado, em dezembro de 2013, a Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU²⁶ as informações obtidas dos gestores evidenciaram que eles desconhecem completamente a existência desta Política.

Apesar da Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU²⁶ não ser conhecida pelos gestores entrevistados, a sua constituição partiu de determinações legais oriundas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Estas determinações foram expressas por meio da publicação da Portaria n° 529/2013¹¹, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) no Brasil e da Resolução n° 36/2013²⁰, que trata da aplicação sistêmica e contínua de políticas, visando a gestão de riscos e a segurança do paciente nos serviços de saúde.

Segundo os gestores entrevistados, o HU/UFSC ainda não instituiu uma Política de Segurança do Paciente. Embora exista uma política intitulada como Política de Gestão de Riscos e Segurança do Paciente do HU²⁶, esta representa apenas um formalismo da lei desconhecido pelos gestores responsáveis pelo processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do SF/ HU/UFSC.

O formalismo da lei deixará de prevalecer somente quando a construção dos instrumentos legais ou normativos institucionais partirem da realidade concreta da instituição e construída no coletivo desta²⁷.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados obtidos, é possível afirmar que o SF/HU/UFSC vem vivenciando na sua prática ações, ainda que incipientes no contexto Institucional, para o desenvolvimento do processo da cultura de segurança do paciente.

Entretanto, para que este processo materialize-se, faz-se necessário a superação de uma contradição vivenciada pelos gestores, ou seja, ao mesmo tempo em que os gestores compreendem que a formação consiste em um processo contínuo e que a universidade, bem como o ambiente de trabalho inserido na cultura universitária são favorecedores deste processo, estes gestores negam esta concepção ao afirmar que desconhecem o processo da formação na constituição de uma cultura de segurança do paciente.

Diante do exposto, destaca-se que a formação e a gestão compreendem dois polos de sustentação para o processo de desenvolvimento da cultura de segurança do paciente do SF/HU/UFSC que necessitam ser integrados com vistas a buscar possibilidades de fortalecimento de ações para segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

1. SAMMER, Christine E.; LYKENS, Kristine; SINGH, KP; MAINS, Douglas A.; LACKAN, Nuha A. What is Patient Safety Culture? A review of the literature. **Journal Nursing**, v. 42, n. 2, p. 156-165, jun. 2010.
2. LORANDI, Paulo Angelo. **Análise histórica da formação acadêmica do farmacêutico – quatro décadas**. 2006. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/13/inf07a12.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2013.
3. BÚRIGO, Carla Cristina Dutra. Formador em processo de formação: o olhar de uma orientadora. In: HARDT, LS; ARRIAS, NM; SMOLINSKI, GP. **A Coordenação Pedagógica e os dilemas do labirinto. Onde está o fio de Ariadne?** Nova Petrópolis: Nova Harmonia, 2013. p.63-77.

4. UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago. **Regimento Interno do HU**. 1992. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/documentos/regimento_interno_hu.pdf>. Acesso em: 16 out.2013.
5. CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 208**, de 19 de junho de 1990. Regulamento o exercício em Farmácia de Unidade Hospitalar, Clínicas e Casas de Saúde de natureza pública ou privada. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/208.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2014.
6. ROSSIGNOLI, Paula; CORRER, Cassiano J.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS, Fernando. Interesse dos acadêmicos nas atividades de estágio em farmácia escola em Curitiba-Brasil. **Revista Seguimento Farmacoterapêutico**. Espanha, p. 62-68, 2003.
7. UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. **Histórico**. [200-]. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/portal_novo/?page_id=13>. Acesso em: 12 set. 2013.
8. UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina. Hospital Universitário. **Cadastro de Pessoal**. Coordenadoria Auxiliar de Gestão de Pessoas. Florianópolis: UFSC, 2014.
9. CRUZ, Patrícia Cardoso; SILVA, Yara Fonseca de Oliveira. Ensino farmacêutico: trajetória, reflexões e perspectivas para a formação do farmacêutico. In: **I Seminário sobre Docência Universitária**, v.1, n.1, 2011, Universidade Estadual de Goiás. Anais do I Seminário sobre Docência Universitária. Anápolis, Goiás. 12 de março de 2011, p.1 -14.
10. BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 2 CNE/CNES**, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES022002.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2014.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 529**, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html>. Acesso em: 19 set. 2013.
12. BÚRIGO, Carla Cristina Dutra. **O Trabalho acadêmico do professor universitário no processo de desenvolvimento do espaço público na Universidade Federal: um estudo de caso na Universidade Federal de Santa Catarina e na Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. 2003. 336f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
13. SANTOS, José Luiz. **O que é cultura**. São Paulo: Brasiliense, 2006. 91 p.
14. BAUMAN, Zygmunt. **Identidade: entrevista a Benedetto Vecch**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. 110 p.
15. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Investigação de Eventos Adversos em Serviços de Saúde**. 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/junho/Modulo_5_-_Investiga%C3%A7%C3%A3o_de_Eventos.pdf>. Acesso em: 22 set. 2013.

16. KOHN, Linda T.; CORRIGAN, Janet M.; DONALDSON, Molla S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press, 2000. 311 p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Rede Sentinela: Áreas de Interface nos Hospitais**. [200-]. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/hsentinela/index.htm>>. Acesso em: 03 set. 2013.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde no Brasil**. [200-]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1026>. Acesso em: 02 set. 2013.
19. DONALDSON, Sir Liam J.; FLETCHER, Martin G. The WHO World Alliance for Patient Safety: Towards the years of living less dangerously. **Medical Journal of Australia**, v. 184, n. 10, 2006. Disponível em: <<https://www.mja.com.au/journal/2006/184/10/who-world-alliance-patient-safety-towards-years-living-less-dangerously>>. Acesso em: 18 ago. 2014.
20. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 36**, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html>. Acesso em: 19 set. 2013.
21. TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Bases teórico-metodológicas da pesquisa qualitativa em ciências sociais: Ideias gerais para a elaboração de um projeto de pesquisa**. Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis, v. 4. Porto Alegre: Faculdades Integradas Ritter dos Reis, 2001. 151 p.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 30 jul. 2013.
23. CHAUI, Marilena. A universidade pública sob nova perspectiva. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, set./out., 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n24/n24a02.pdf>>. Acesso em: 31 dez. 2013.
24. BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 5.707**, de 23 de fevereiro de 2006. Institui a Política e as Diretrizes para o Desenvolvimento de Pessoal da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5707.htm> Acesso em: 03 fev. 2015.
25. UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Portaria Normativa nº17**, de 22 de julho de 2008. Disponível em: <https://sgca.sistemas.ufsc.br/help_portaria.jsp> Acesso em: 03 fev. 2015.
26. UFSC. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Núcleo de Vigilância Sanitária Hospitalar (NUVISAH). **Política de Gestão de Risco e Segurança do Paciente**.

2013. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/nutovisah/nuvisah.php>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

27. BÚRIGO, Carla Cristina Dutra. **A formação de professores de educação básica nos sistemas educacionais da Argentina, do Brasil e do Uruguai**. 2009. 132f. Relatório (Pós-Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.